

CONTRIBUTION
A
l'étude du volvulus partiel
de l'intestin grêle

(Travail de la clinique chirurgicale du Professeur Tixier)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 31 janvier 1933
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor-Jean PALLUEL

Né à Paris, le 16 Septembre 1905

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix A. Bonnet 1929)



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIÉR

3, rue Stella, 3

—
1933

CONTRIBUTION
A
l'étude du volvulus partiel
de l'intestin grêle

(Travail de la clinique chirurgicale du Professeur Tixier)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 31 janvier 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor-Jean PALLUEL

Né à Paris, le 16 Septembre 1905

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix A. Bonnet 1929)



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLÈRE & FÉNÉTRIER

3, rue Stella, 3

—
1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire MM. L. HUGOUNENQ
Doyen J. LEPINE
Assesseur X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS,
HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	X... (BONNET, agrégé, chargé de cours).
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie..... NOEL

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale..... MM. TAVERNIER
Stomatologie..... PONT.

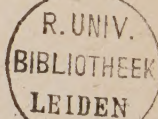
AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU (Ch.)
MAZEL	GABRIELLE	FOLLOSSON	REVOL (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	ENSELME (Ch.)
CHALIER (A.)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN (Ch.)
CHALIER (J.)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, Ph. ROCHET, WERTHEIMER, POLLOSSON.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Eux seuls connaissent l'étendue des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi. Que ce travail soit un faible témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

A TOUT CE QUI M'EST CHER

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

Officier de la Légion d'honneur

Pendant un an, nous avons vécu à ses côtés et il nous a fait profiter chaque jour de son enseignement clinique si vivant, et de sa longue expérience chirurgicale. Lui seul nous a montré la valeur d'un diagnostic avant l'intervention, d'une indication sagement pesée et l'importance de la surveillance minutieuse des opérés. Pour lui, la chirurgie n'est pas qu'une gymnastique de l'esprit et des doigts mais un art où son infinie bonté trouve chaque jour le moyen de s'exercer sur ses malades et ses élèves.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE LYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Deux semestres passés auprès de lui nous ont permis d'apprécier la clarté et la précision de son enseignement, la simplicité et la rapidité de sa technique opératoire.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR EE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

Au début de notre internat, il nous a témoigné beaucoup d'amitié. Il a essayé de nous initier à l'art difficile de l'orthopédie. Nous lui gardons une bien vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE

Nous avons passé dans son service notre dernier semestre d'internat. Il a été fructueux et agréable.

Nous le remercions et le prions de croire à notre respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WERTHEIMER

Dès notre arrivée à Lyon, il nous a toujours témoigné une amitié bien vive, souvent mise à l'épreuve et jamais démentie. Il nous a fait l'honneur de nous accepter dans sa conférence. Nous le remercions et l'assurons de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Ph. ROCHET

Il a bien voulu accepter de faire partie de notre jury. Nous le remercions et l'assurons de notre amitié.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. POLLOSSON

Il nous a toujours témoigné la plus vive sympathie. Nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT

Professeur à l'Ecole de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble

Nous lui devons tout. Deux ans passés comme interne près de lui nous ont permis de connaître et d'admirer de plus en plus chaque jour ce maître qui est resté pour nous l'idéal du chirurgien ; nous avons trouvé chez lui la plus haute virtuosité opératoire et les plus belles qualités morales. Malgré l'éloignement, son image nous est toujours présente. Dans toutes les circonstances heureuses ou pénibles de notre vie, il a toujours été là prêt à nous apporter le réconfort.

Avec notre infinie gratitude, nous le prions de trouver ici l'expression de notre respect et de notre profonde admiration.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE

Externat (1924-1925)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY

MONSIEUR LE DOCTEUR CORNELOUP

Internat (1925-1928)

1925-1926 MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN.

— MONSIEUR LE DOCTEUR CORNELOUP.

1926-1927 MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIOL.

(in memoriam)

— MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIOL.

1927-1928 MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT.

— MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Internat (1929-1932)

1929-1930 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

— MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

1930-1931 MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

— MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

1931-1932 MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

— MONSIEUR LE DOCTEUR ALAMARTINE.

PRÉFACE

Il n'est pas dans notre intention de décrire ici toutes les variétés anatomiques et cliniques des volvulus du grêle. Cette étude a été faite d'une façon très complète dans la thèse de Bonnecaze (Paris, 1924), à laquelle nous avons eu d'ailleurs l'occasion de faire de larges emprunts. Laissant de côté systématiquement le volvulus total, nous ne nous occuperons que des volvulus partiels d'une ou plusieurs anses, au reste les plus fréquemment rencontrés. A l'aide de 7 observations publiées par notre ami, le D^r Bertrand, à la Société de Chirurgie de Lyon, et de 15 autres cas recueillis dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, nous avons essayé de mettre en valeur quelques points particuliers dans l'étiologie et l'anatomie pathologique des volvulus du grêle, qui semblent dominer l'étude clinique et la thérapeutique de ces derniers et en modifier parfois les caractères classiquement étudiés.

Nous tenons à remercier ici le D^r Bertrand de l'aide qu'il a bien voulu nous apporter dans l'élaboration de cette thèse. Si ce travail modeste a quelque mérite, c'est à lui qu'il le doit.

ETIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Il nous a semblé qu'on pourrait en appeler de la prétendue rareté du volvulus du grêle, par rapport au volvulus du côlon sigmoïde. Il ne nous a pas été possible de faire une statistique qui ait vraiment une valeur absolue ; mais nous avons retrouvé, depuis 1924, uniquement dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris et dans les comptes rendus de la Société de Chirurgie de Lyon, 22 observations de volvulus partiels du grêle. Cette fréquence paraît beaucoup plus grande que celle qui est attribuée ordinairement aux volvulus du grêle. Comme l'ont fait remarquer MM. Laroyenne et Santy à la Société de Chirurgie de Lyon, il semble que ce serait grâce au nombre toujours croissant des interventions abdominales que serait due l'apparition de plus en plus fréquente des volvulus du grêle.

ANTÉCÉDENTS. — Il semble en effet que le volvulus du grêle soit en rapport particulier avec deux manifestations qu'on retrouve fréquemment dans ses antécédents :

Les *hernies*,

Les *interventions abdominales antérieures*.

Ne voulant nous occuper que de ceux à symptoma-

tologie purement abdominale, nous laisserons de côté les volvulus herniaires.

Bonnecaze, dans sa thèse (Paris, 1924), en proposait une classification anatomique. Plus récemment, Bertrand et Clavel (*Lyon Chirurgical*, 1929) en ont donné une classification clinique :

1° L'attention est attirée par des accidents intra-herniaires (ce sont les cas les plus nombreux) ;

2° L'attention est attirée sur l'abdomen chez un malade atteint de hernie ;

3° Les signes sont ceux d'une réduction dans le ventre de la hernie et de l'agent d'étranglement (réduction en masse).

LES VOLVULUS POST-OPÉRATOIRES. — Ils sont extrêmement fréquents et il est certain que l'intervention antérieure joue un grand rôle dans la production du volvulus. Sur nos 22 observations, nous en retrouvons 15 qui sont des volvulus post-opératoires.

Le volvulus peut survenir à des dates bien différentes après les interventions ; on peut schématiquement les grouper en trois classes :

Proches,
Secondaires,
Tardifs.

1° *Proches*. — Ils ne seraient pas très fréquents ; Bonnecaze, dans sa thèse, n'en rapportait qu'un cas. De Rouville, dans une étude très détaillée, parue au Congrès de Chirurgie de 1924, en a retrouvé 11 cas. Nous-même en publions 3 cas. Ils surviennent du premier au sixième

jour après l'intervention. Nous verrons plus loin que, par suite de leur gravité et de la difficulté de leur diagnostic, on peut les individualiser en une forme clinique particulière.

2° *Secondaires*. — Ils se voient alors dans les suites opératoires plus éloignées, du sixième au trentième jour.

Dans ces deux variétés de volvulus, proches et secondaires, la cause déterminante de la torsion du grêle peut être, comme l'a bien fait remarquer M. le Professeur Tixier, l'existence d'une inflammation péritonéale, témoin la coexistence du volvulus et de la péritonite dans les suites opératoires.

3° *Tardifs*. — Il semble que ce sont les plus fréquents. Ils peuvent survenir de six mois à plusieurs années après l'intervention primitive. Y. Delagenière leur refuse le nom de volvulus post-opératoire, disant qu'on ne saurait attribuer à l'intervention la production du volvulus. Cependant lorsque — ce qui est fréquent — on trouve des brides au niveau du volvulus, il semble bien qu'on puisse attribuer une relation de cause à effet à l'intervention primitive.

Dans le volvulus tardif, la cause déterminante de celui-ci ne peut être que mécanique. On a parlé de purgation, on a pu le voir survenir après un effort. En réalité, on retrouve à la base de la production du volvulus toute cause d'hyperpéristaltisme qui vient lutter contre l'obstacle et provoque ainsi la torsion.

Parmi ces interventions, il semble qu'il y en ait pour lesquelles le volvulus aurait une particulière prédilection.

Ce sont toutes les interventions portant sur le petit bassin, mais surtout l'appendicite.

Depuis longtemps, on avait remarqué les rapports étroits entre l'appendicite et le volvulus. P. Delbet, dans son mémoire, parlait déjà des rapports mystérieux du volvulus et de l'appendicite.

Bérard et Vignard, dans leur livre, en citent de nombreux cas. On a même pu parler de volvulus contemporain de l'appendicite, dans lequel l'appendice jouant le rôle d'une bride s'enroulerait autour du pied de l'anse volvulée. Après appendicectomie, les lésions anatomiques rencontrées, les brides partant du foyer appendiculaire, ou de l'adhérence du cœcum à la paroi, suffisent largement à expliquer les rapports étroits de ces deux affections.

De plus, cette fréquence du volvulus au moment ou dans les suites de l'appendicite explique peut-être la localisation particulière des volvulus partiels du grêle. En effet, la fosse iliaque droite agissant comme le Douglas, comme point d'appel des infections péritonéales, expliquerait la localisation élective des volvulus partiels du grêle sur les dernières anses iléales.

Nous avons vu que c'était le plus souvent par l'existence de brides que les interventions donnaient lieu intérieurement à des torsions du grêle. Nous ne saurions cependant terminer cette étude sans dire un mot du rôle qu'on a voulu faire jouer à la position de Tredelenburg dans la production des volvulus. Cette théorie émise par Schauta a été reprise par certains opérateurs qui pratiquent après chaque intervention un massage abdominal pour faire reprendre aux anses leur place définitive. Bien

qu'il soit difficile de donner des arguments dans un sens ou dans l'autre, il semble bien que cette conception soit un peu théorique et que la position de Tredelenburg ne soit pas responsable des volvulus après les opérations sur le petit bassin.

A côté de ces cas de volvulus post-opératoires, on trouve d'autres cas qui présentent une étiologie assez nette : crises péritonéales antérieures (salpingites, infection post-partum) qui ont pu laisser derrière elles des processus péritonéaux, résidus de l'inflammation pelvienne. La tuberculose, là comme ailleurs, peut jouer un rôle important et les brides en cause sont parfois le fait d'une péritonite chronique.

En somme, on est amené à constater que la plupart des volvulus partiels du grêle surviennent sur un péritoine déjà antérieurement touché, sur un péritoine « qui a vu le feu ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Nous ne voulons pas décrire en détail les lésions anatomiques résultant des volvulus du grêle. Là, comme ailleurs, on retrouve les lésions banales des occlusions du grêle, mais deux faits sont cependant particuliers au volvulus :

1° La rapidité de l'évolution des lésions : il s'agit d'une occlusion par strangulation, particulièrement serrée, qui va amener des désordres graves au niveau de l'anse aboutissant à la gangrène et à la perforation, perforation qui peut survenir soit au niveau de la convexité de l'anse, c'est le cas le plus fréquent, soit au pied à l'endroit où se fait le maximum de striction.

2° L'importance des lésions du mésentère : il s'agit de lésions extensives, remontant parfois très haut, jusqu'à la racine du mésentère, et qui s'accompagnent :

de dégâts vasculaires, le méso est rétréci, infarcté, saigne peu ou pas ;

de dégâts nerveux, il existe toujours des lésions des filets

nerveux et des dégâts du plexus mésentérique expliquant peut-être les phénomènes de choc particulièrement prononcés qu'on retrouve dans cette variété d'occlusion.

En réalité, nous voulons surtout montrer dans ce chapitre qu'il existe :

1° des volvulus où à l'intervention et malgré un examen soigneux on ne trouve aucune raison nette de torsion du grêle. Ce sont les volvulus *primitifs* ou *essentiels*, dont le cadre tend à se réduire tous les jours ;

2° des volvulus où la cause de la torsion apparaît d'une façon nette à la laparotomie. Ce sont les volvulus *secondaires*.

LES VOLVULUS SECONDAIRES

Les causes de ces volvulus peuvent être très variables mais elles ont des caractères communs :

Tantôt il s'agit de la fixation accidentelle d'une anse normalement flottante, soit par un processus pathologique, brides inflammatoires, soit par un diverticule de Meckel, soit par une intervention antérieure : colopexie, anus cœcal.

Tantôt il s'agit d'un obstacle apporté à la circulation intestinale, siégeant le plus souvent dans la lumière de l'intestin.

I. — VOLVULUS PAR FIXATION D'UNE ANSE INTESTINALE

I. VOLVULUS PAR BRIDES

Ce sont les cas les plus fréquents. Ces brides peuvent se voir d'ailleurs dans des cas bien différents. Le plus

souvent il s'agit de brides post-opératoires dans l'appendicite notamment ; tantôt il s'agit d'une bride épiploïque (Santy) ; tantôt enfin il peut s'agir d'un reliquat d'une péritonite tuberculeuse atténuée ou localisée, si discrète qu'elle a pu passer inaperçue.

Le rôle de ces adhérences autrefois discuté apparaît maintenant évident dans la production de la torsion de l'anse.

Le siège de ces brides par rapport au volvulus est assez variable. Bérard et Delore, en 1911, ont attiré l'attention sur ces adhérences. Pour eux, il s'agissait, tantôt d'une simple bride partant du bord convexe d'une anse grêle, pour aller rejoindre la face inférieure du mésentère ; tantôt d'une adhérence de la convexité d'une anse à une surface dépéritonisée. Delore cite le cas d'un volvulus qui s'est produit par adhérence d'une anse à un pédicule utéro-ovarien non péritonisé. Ces cas demeurent indiscutables ; nous en retrouvons 4 observations (deux fois après appendicectomie, deux fois après des interventions gynécologiques).

Mais, plus récemment, Grégoire a insisté sur l'existence d'une bride siégeant au pied du volvulus. Cette bride est enroulée autour du pied du mésentère de l'anse grêle volvulée, le cravate et l'étrangle. Elle peut partir du transverse et être de nature épiploïque, de la paroi postérieure ou encore du cœcum. Dans une de nos observations, il semble bien qu'elle ait été engendrée à la suite d'une anastomose créée entre un segment distendu et un segment aplati, après une intervention pour occlusion par bride. Dans les observations que nous publions, nous trouvons 11 fois l'existence de cette bride (2 cas de

Bonnecaze : 3 cas de Guibal ; 3 cas de Bourde rapportés par Grégoire à la Société de Chirurgie de Paris ; 3 cas de Bertrand et Clavel à la Société de Chirurgie de Lyon).

L'importance de cette bride paraît très grande. En effet, tant pour permettre la détorsion que pour empêcher le retour des accidents, il faut aller chercher l'obstacle qui a causé le volvulus et le supprimer. La méconnaissance de cette bride peut exposer le chirurgien à de graves dangers. En effet, sa section première avant toute tentative de détorsion est indispensable, sans quoi on s'exposera à des manœuvres brutales, le plus souvent inefficaces, et on terminera par une résection ; or celle-ci est d'une particulière gravité en période d'occlusion. On retrouvera, dans une de nos observations, un exemple de rupture intestinale au cours d'une tentative de détorsion sans section de la bride.

Le plus souvent, après la section de la bride, l'anse se remplit de gaz et on a parfois la surprise de voir la détorsion du volvulus se faire d'une façon spontanée sous les yeux du chirurgien.

Enfin, on peut penser que peut-être aussi les récidives que l'on observe parfois après une première atteinte de volvulus sont dues au fait que l'on a méconnu et laissé en place la cause qui l'avait provoquée.

II. LES AUTRES CAUSES DE FIXATION INTESTINALE

Elle peut être réalisée par un diverticule de Meckel ou être volontairement réalisée par une intervention (cæcoplexie ou anus cœcal), telle l'observation de M. Tavernier à la Société de Chirurgie de Lyon en 1923. Mais que cette adhérence soit pathologique ou artificielle, son rôle

est le même que dans les volvulus par brides inflammatoires.

En examinant ces causes anatomiques, on peut essayer de concevoir le mécanisme et la pathogénie du volvulus.

Il est évident que ce n'est pas l'adhérence qui constitue le volvulus, mais cette adhérence va constituer un point fixe qui s'oppose à la locomotion des anses intestinales sus-jacentes. Le péristaltisme intestinal, peut-être exagéré à ce moment par une cause quelconque et inconnue finit par faire eurouler et tordre l'intestin sur lui-même, la pression du contenu, la bascule de l'anse distendue accentue et complète ce que le péristaltisme avait commencé.

Nous ne pouvons citer que textuellement les mots de Grégoire : « L'onde péristaltique intestinale qui normalement court d'un bout du grêle à l'autre se trouve arrêtée par la bride, l'anse lutte, se tord, tord avec elle son mésentère et ses vaisseaux, le volvulus est réalisé. La torsion une fois établie, la bride ficelle la racine du mésentère volvulé comme un lien sur les tiges d'un bouquet et, s'incrustant dans ce mésentère épaissi, œdémateux, va fixer le volvulus et rendre la détorsion impossible tant qu'on ne l'aura pas sectionnée ».

II. — VOLVULUS PAR OBSTRUCTION DE LA LUMIÈRE INTESTINALE

Les obstacles intra-intestinaux entraînent le plus souvent une invagination secondaire, mais ils peuvent aussi se compliquer de volvulus siégeant au-dessus de l'obstacle.

On peut voir ainsi des volvulus survenir au cours d'un iléus biliaire, d'une invagination intestinale. Bonnecaze rapporte une observation de Kendrick au sujet d'un volvulus survenant sur un énorme peloton d'ascaris. Nous-même rapportons une observation de Hartglass à la Société de Chirurgie de Paris, où le volvulus était dû à la même cause.

Là encore, comme pour la bride, l'obstacle situé dans la lumière intestinale sert de point fixe et va provoquer, comme dans le groupe précédent, la torsion de l'anse.

ÉTUDE CLINIQUE

Le volvulus du grêle peut se présenter sous deux aspects bien différents, suivant qu'on le rencontre dans les suites proches d'une intervention (volvulus post-opératoire précoce et secondaire) ou au contraire qu'il fasse son apparition dans les suites éloignées, quelques mois ou quelques années après l'intervention antérieure, ou encore qu'il survienne d'une façon en apparence spontanée.

I. — LE VOLVULUS DANS LES SUITES OPÉRATOIRES

Il s'agit d'un malade laparotomisé, qui est surveillé de près, de façon quotidienne, et chez qui apparaissent des accidents tels que douleur abdominale violente sous forme de coliques, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Dans ce cas la difficulté est de savoir surtout dans les suites opératoires immédiates s'il s'agit d'une occlusion mécanique ou d'une péritonite.

Nous aurons surtout en vue le volvulus post-opératoire précoce, bien particulier au point de vue de son allure clinique.

Cette complication nous semble assez rare. De Rou-

ville, au Congrès de Chirurgie de 1924, à propos d'une observation personnelle, en présente 12 cas, et nous en retrouvons 3 cas dans nos observations.

Deux faits dominant leur évolution : la difficulté de leur diagnostic, la gravité de leur évolution.

En effet, l'apparition d'une occlusion vraie dans les suites opératoires immédiates suscite des problèmes bien difficiles à résoudre. S'agit-il d'un simple retard des fonctions de l'intestin, d'une péritonite post-opératoire avec iléus paralytique ou d'un iléus mécanique vrai. Les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, pendant les quarante-huit heures qui suivent une laparotomie, sont des signes dont la banalité ne permet pas de poser un diagnostic. La gravité de l'état général, les douleurs violentes spontanées doivent cependant aiguiller l'attention vers l'existence d'une complication, mais là le diagnostic devient délicat entre une péritonite et une occlusion vraie.

Si l'on attend que les signes se précisent, l'intervention est trop tardive et le malade meurt. De Rouville, retrouvant 12 cas dans la littérature, trouve 12 résections et 12 morts.

On se souviendra, comme le disait à Lyon, en 1912, M. le Professeur Bérard : « qu'il existe des occlusions vraies post-opératoires dues à des causes mécaniques et complètement indépendantes d'un processus infectieux ».

On veillera à ne pas manquer la phase douloureuse de l'occlusion bientôt masquée par la réaction péritonéale consécutive. On se rappellera que la rareté des occlusions vraies post-opératoires n'est pas si grande qu'on le dit habituellement et qu'il vaut mieux faire une laparotomie

inutile, pour une péritonite post-opératoire, que de laisser passer une occlusion qu'une intervention précoce eut peut-être pu sauver.

Nous ne souscrirons cependant pas entièrement à la réputation de gravité qu'on a faite à cette variété de volvulus. Dans les 3 observations que nous publions, les malades ont pu bénéficier d'une détorsion et sont partis guéris.

Il semble bien, en effet, que si les lésions des volvulus post-opératoires précoces ont une évolution particulièrement rapide, l'observation attentive de ces malades en cours de traitement dans une salle, observation répétée, minutieuse, permette un diagnostic plus rapide et une intervention beaucoup plus précoce après le début des accidents.

II. — LES VOLVULUS TARDIFS

Dans ces cas, le cadre est tout différent. Il s'agit d'un malade en bonne santé, qui a eu le plus souvent une laparotomie antérieure, à une date plus ou moins éloignée, et c'est brusquement au cours de son travail que le malade est pris d'accidents subits, à allure grave. Dans ces cas, le diagnostic d'occlusion du grêle est en général relativement facile. La difficulté est de mettre l'étiquette volvulus sur cette occlusion. L'existence d'une cicatrice de laparotomie, certains caractères des symptômes que nous allons envisager permettront parfois à un observateur averti de soupçonner le diagnostic.

III. — VALEUR DES SYMPTOMES

DÉBUT

Le début est brutal, à grand fracas. C'est le début habituel des occlusions du grêle, parfois il a été précédé de prodromes, sensation de malaise vague, quelques coliques. Dans une de nos observations, le volvulus s'est constitué en deux fois, il y a d'abord eu une douleur vive, puis accalmie complète indiquant vraisemblablement une détorsion spontanée ; puis nouvelle crise, indiquant la constitution définitive du volvulus.

Dans les pays baltes et slaves, où le volvulus du grêle est particulièrement fréquent, celui-ci se voit surtout après des repas copieux à l'occasion d'une indigestion.

Mais il vaudra mieux ne pas oublier de rechercher les antécédents du malade (laparotomie antérieure, existence d'une infection péritonéale plus ou moins intense).

A. — SYMPTÔMES FONCTIONNELS

1. *La douleur*, c'est le premier signe. Elle est brutale et très violente, localisée d'abord dans la région péri-ombilicale, puis se diffusant ensuite à tout le ventre. Il est classique de dire que cette douleur initiale est une douleur prévertébrale profonde, indiquant bien les tractions sur la racine du mésentère et le plexus nerveux mésentérique supérieur. Nous devons reconnaître que nous n'avons pas fréquemment retrouvé chez nos malades cette localisation initiale. Bien plus important, là comme dans la plupart des occlusions, nous semble le

caractère discontinu rythmique de la douleur initiale traduisant la lutte du péristaltisme intestinal.

2. *Les vomissements* ne manquent jamais au début, leur abondance est variable, mais ils sont toujours très précoces et très fréquents. Il est classique de dire qu'on ne trouve pas de vomissements fécaloïdes dans le volvulus du grêle. En réalité, ceci ne saurait se trouver que dans le volvulus total du grêle ou dans les volvulus partiels du jejunum ; dans les cas les plus fréquents, les volvulus partiels de la portion terminale du grêle, l'apparition précoce des vomissements fécaloïdes est au contraire un bon signe.

Les vomissements sanglants sont possibles, comme dans toutes les occlusions hautes du grêle (Tixier et Vianay). Santy les a rencontrés dans 3 cas présentés par lui à la Société de Chirurgie de Lyon. Nous n'en retrouvons aucun exemple dans nos observations.

3. *Arrêt des matières et des gaz*, il est presque toujours complet d'emblée. Les autres cas (vidage du bout inférieur, persistance de quelques gaz) sont exceptionnels.

4. *Evolution des signes fonctionnels*. — MM. Tixier et Bertrand ont insisté récemment sur l'évolution en deux temps des volvulus du grêle. En effet, chez tous les malades qui ont été opérés un peu tardivement après les vingt-quatre premières heures, on voit les vomissements diminuer ou disparaître, les douleurs s'atténuent de façon très nette. « Il semble que dans une première phase le malade ressente la crise atrocement douloureuse de la torsion de l'anse, puis, qu'une fois le volvulus produit,

les seules douleurs éprouvées soient celles de l'anse sus-jacente qui lutte encore contre l'obstacle. Mais cette lutte cesse assez vite, peut-être par suite d'une inhibition due aux lésions des branches du plexus mésentérique enserrées par le volvulus. L'intestin ne réagit plus, les vomissements cessent ou deviennent très rares ».

Cette période de latence, qu'on retrouve après un début brutal, dans le volvulus du grêle, comme dans les autres grands syndromes péritonéaux, peut être trompeuse et retarder une intervention dont le succès est dans la précocité, car malgré l'apparence, les lésions intestinales et mésentériques évoluent vers la gangrène. Comme dans l'appendicite, on peut parler d'« accalmie traîtresse » dans le volvulus du grêle.

B. — LES SIGNES GÉNÉRAUX

Les accidents d'intoxication aiguë et de collapsus sont particulièrement sérieux dans les torsions de l'intestin grêle. L'anxiété du malade, la sécheresse de la langue, la respiration accélérée, le pouls mou et filant sont fréquemment observés. La température est en-dessus ou en-dessous de 37°, peu importe, tout témoigne de la profonde altération de l'état général.

C. — EXAMEN DU MALADE

Delbet, dans son article, indiquait un trépied symptomatique toujours retrouvé :

ballonnement localisé,
péristaltisme,
épanchement séro-hématique.

Nous verrons que nous serons loin de les retrouver d'une façon aussi constante.

1. *Balloñnement*, il n'est localisé qu'au début. On sait que c'est à propos d'un volvulus du grêle que Von Wahl, en 1889, décrivit pour la première fois son signe devenu classique : « C'est une voussure localisée, sonore, résistante et à plus forte raison péristaltique. C'est l'anse dilatée et c'est à son niveau qu'est la cause de l'occlusion ». Nous voyons dans les 7 observations publiées par Bertrand et Clavel que ce signe n'a été retrouvé qu'une seule fois, une anse intestinale se dessinait sous le muscle grand droit, à droite et au-dessous de l'ombilic.

Lorsque les malades sont vus tout à fait au début, il est peut-être fréquent, bien que peu classique, de découvrir un ventre plat, avec cependant souvent dans une fosse iliaque le clapotage d'une anse grêle. Plus tard, ce ballonnement asymétrique du début va se diffuser dans la règle, il est péri-ombilical, c'est un ballonnement central.

2. *Péristaltisme*. — Si sa constatation est un signe excellent en faveur de l'occlusion, il faut reconnaître qu'il est bien inconstant. Bien que le fait pour la plupart des auteurs des volvulus partiels n'a été retrouvé que dans les cas vus très précocement. Von Manteuffel signalait déjà que l'anse volvulée était une anse inerte. Bonnecaze, dans sa thèse, n'en signale aucun cas.

3. *Epanchement séro-hématique*. — On peut dire qu'il existe de façon constante, et on est frappé par son abondance et la rapidité de sa formation. Ce n'est d'ailleurs pas là un point particulier au volvulus du grêle. Can-

golphe depuis longtemps avait constaté l'existence de l'épanchement dans les occlusions extrinsèques du grêle par opposition aux occlusions intrinsèques. Mais sa perception clinique est loin d'être toujours aussi facile. On peut cependant découvrir de la matité dans les flancs. Mais il est souvent difficile de différencier la fausse ascite (liquide intra-intestinal) de l'épanchement séro-hématique. Nous signalerons également le fait rapporté par Santy de l'odeur souvent franchement intestinale de ce liquide sans que cela puisse avoir une influence défavorable sur le pronostic.

A côté de cette triade, qui, il faut bien le reconnaître, n'a rien de bien particulièrement symptomatique, on peut trouver d'autres signes de constatation plus ou moins intéressante pour le diagnostic et qui prêtent plus ou moins à discussion.

La douleur provoquée. D'après les classiques, elle serait exceptionnelle ; pour eux, le ventre est un peu sensible à la pression, mais d'une manière uniforme. Thévenard, au contraire, en fait un signe de haute valeur et prétend l'avoir retrouvé souvent. Pour lui, il s'agit d'un point spécial, très douloureux, toujours sus-ombilical, qu'il a retrouvé dans 5 cas de volvulus du grêle sur 6, et qui lui a permis de poser le diagnostic dans 3 cas. Ce point correspondrait à l'origine de la mésentérique qui serait toujours intéressée dans les volvulus un peu étendus du grêle. Thévenard attribuerait à ce signe la même valeur que le point de Mac Burney dans l'appendicite. Il semble bien que ce signe soit inconstant, car nous ne le retrouvons dans aucune de nos observations ; il semble bien plutôt devoir être réservé au volvulus total.

La perception d'une tumeur intestinale. Nous avons retrouvé ce signe dans 3 de nos observations ; il s'agissait d'une masse molle, pâteuse, siégeant dans une des deux fosses iliaques, assez douloureuse à la pression, de contours indécis. La perception de cette masse ne semble guère devoir être rencontrée que dans les volvulus vus tardivement où elle représente alors, à travers la paroi, le paquet d'anses agglutinées.

Toute différente nous semble être la tumeur intestinale décrite par M. Santy (Société de Chirurgie de Lyon, 1923). Il s'agit d'une tumeur dure, donnant l'impression d'une masse solide très douloureuse à la palpation ; il semble bien que ce soit là un des aspects du signe de Von Wahl.

Les signes du toucher rectal ; ils sont peu concluants et infidèles. La douleur au toucher du Douglas, la perception d'une anse intestinale distendue ont été constatées.

La coloration rouge d'une cicatrice de laparotomie antérieure a été observée et a permis de faire le diagnostic de perforation d'un volvulus, elle est à rapprocher de la tache bleue parfois constatée au cours des ruptures de grossesse tubaire ou des épanchements hémorragiques intra-péritonéaux.

En somme, crise douloureuse atroce avec vomissements fréquents et souvent rapidement fécaloïdes, mais cédant en partie au bout de vingt-quatre à trente-six heures, arrêt des matières et des gaz, ballonnement d'abord asymétrique puis se diffusant dans la région péri-ombilicale, état général grave sans fièvre ; tels sont les signes les meilleurs et les plus fréquemment rencontrés. La coexistence d'une intervention antérieure, l'existence du

signe de Von Wahl viendront aiguiller le diagnostic de la cause de l'occlusion.

L'évolution du volvulus de l'intestin grêle a quelque chose de tout à fait variable et de tout à fait imprévisible. Au moins peut-on dire que le volvulus abandonné à lui-même entraîne fatalement la mort, car les détorsions spontanées sont tout à fait exceptionnelles et le plus souvent récidivent très vite. Nous en citons un cas qui, pour n'avoir pas été vérifié opératoirement, n'en est pas moins flagrant.

Mais cette évolution fatale arrive au bout d'un terme plus ou moins long ; la durée de l'évolution du volvulus est fonction d'un ensemble de facteurs souvent difficiles à déterminer.

Parfois l'évolution est foudroyante, la gangrène et la perforation surviennent dans un délai extrêmement court. Bonnacaze cite un cas de Deniker, dans lequel le malade pris d'une douleur atroce à 3 heures du matin meurt à 8 heures $1/4$. A l'autopsie, il s'agit d'un volvulus partiel de la partie inférieure du grêle.

Dans d'autres cas, l'évolution est au contraire sub-aiguë. Nous rencontrons nombre de cas où le malade n'est opéré qu'au quatrième jour et où la détorsion est encore possible. Lardennois a pratiqué une détorsion au neuvième jour d'un volvulus qui s'est terminée par un succès.

Nombre de facteurs semblent intervenir dans l'appréciation du pronostic : l'âge et la résistance du sujet, mais aussi l'importance du volvulus. Les volvulus sub-totaux sont beaucoup plus graves que les volvulus limités à une anse.

Enfin, les récidives, pour avoir été signalées, sont malgré tout peu fréquentes, beaucoup moins fréquentes par exemple que dans le volvulus du côlon pelvien et peut-être, comme nous l'avons déjà vu, peut-on les attribuer à la méconnaissance de la cause qui a provoqué le volvulus en particulier de la bride, si fréquemment rencontrée, qui enserre le pied de celui-ci.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de volvulus du grêle n'est pas de ceux qu'on est habitué à faire couramment. L'important est surtout de savoir qu'il s'agit d'une occlusion et que cette occlusion siège sur le grêle. Nous n'entreprendrons pas d'énumérer toutes les causes d'erreurs possibles, tous les syndromes aigus de l'abdomen peuvent être passés en revue.

Le diagnostic exact de l'occlusion ne sera possible qu'à un examinateur consciencieux qui aura eu l'occasion d'observer auparavant plusieurs volvulus.

L'existence d'une intervention antérieure, parfois la constatation nette d'un signe de Von Wahl, mais ce dernier symptôme est bien rare, pourront faire penser au volvulus. Cependant si les circonstances et l'examen permettent d'éliminer relativement facilement un iléus biliaire, ou une invagination, le diagnostic avec une occlusion par bride ou une hernie interne est la plupart du temps impossible.

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

La question qui semble dominer la thérapeutique du volvulus du grêle est avant tout la précocité de l'intervention. En effet, il s'agit d'une occlusion du grêle, et d'une occlusion particulièrement grave à évolution très rapide, dont les lésions portent non seulement sur l'anse, mais aussi sur le méso. Ces lésions du mésentère sont d'ailleurs très extensives, remontant parfois très haut jusqu'à la racine du mésentère.

Le caractère même de la torsion fait qu'il s'agit presque toujours d'une occlusion très serrée, que l'évolution des lésions aboutit non seulement à une stercorémie rapide mais encore à une gangrène de l'anse tordue, va rendre la thérapeutique plus urgente là encore que dans les autres drames abdominaux.

I. — LES MÉTHODES OPÉRATOIRES

Etant donné ce qu'on sait de l'évolution des volvulus du grêle, il est évident que toutes les méthodes palliatives aboutiront à des désastres post-opératoires, laissant poursuivre son œuvre à l'agent d'étranglement.

Deux méthodes restent seulement en présence :

La détorsion,

La résection.

La laparotomie médiane une fois pratiquée, il est loin d'être toujours facile de reconnaître et de repérer exactement l'anse tordue. Dans les volvulus partiels, cependant, la coloration foncée des anses volvulées attire l'attention. Dans les volvulus importants ou sub-totaux, on est quelquefois obligé de pratiquer l'éviscération du grêle, telle que l'a recommandée Lecène, pour repérer exactement les rapports des anses tordues.

Ces manœuvres prudemment exécutées, on essayera de voir dans quel sens s'est effectuée la torsion (le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre). On pratiquera alors avec prudence la détorsion. Mais si cette manœuvre est facile dans les cas précoces et dans les volvulus primitifs, il est loin d'en être ainsi dans les volvulus secondaires.

En effet, dans ces cas, et lorsqu'il siège une bride au pied du volvulus, celle-ci rend le plus souvent la détorsion impossible. Le premier temps opératoire consistera alors à rechercher et à vérifier son existence ou non et le siège de cette bride et à en pratiquer la section entre deux pinces avant toute manœuvre de détorsion. Dans un nombre assez fréquent de cas, on peut alors quelquefois assister à une détorsion presque spontanée.

C'est pour avoir méconnu l'existence de cette bride et avoir tenté avant sa section de détordre le volvulus, que nous retrouvons dans une de nos observations une rupture de l'anse tordue.

Enfin, dans les cas vus tardivement, les lésions de

l'anse et surtout du mésentère peuvent rendre impossible toute tentative de détorsion.

La vitalité de l'anse volvulée impose fréquemment, dans les cas vus non précocement, la résection. Celle-ci est en général facile, mais quelquefois les lésions du méso rétréci et infarcté sont telles qu'on ne peut extérioriser l'anse tordue et que la résection doit se pratiquer en plein ventre. La résection portera souvent sur une portion étendue de l'intestin et devra dépasser, en amont et en aval, les limites des lésions de torsion. On vérifiera avec soin l'état du mésentère qui souvent ne saigne pas ou peu.

On devra toutes les fois qu'il sera possible pratiquer cette résection hors du ventre, car la fragilité de l'anse dans ces cas est très grande et on est exposé à la voir se rompre au cours des manœuvres.

Il est évident que, dans la plupart des cas, cette résection devra être pratiquée le plus rapidement possible, étant donné l'état général précaire de ces malades vus tardivement. Le rétablissement de la continuité intestinale devra donc, dans la plupart des cas, se faire au moyen d'une anastomose termino-terminale au bouton de Villard.

Les temps complémentaires de l'intervention. — Une fois la détorsion ou la résection pratiquées, doit-on se contenter de ces manœuvres, ou peut-on améliorer les résultats en soustrayant à l'organisme les liquides toxiques contenus dans l'intestin.

Deux procédés peuvent être employés :

- la ponction de l'intestin,
- l'iléostomie.

1. *Ponction de l'intestin* : c'est théoriquement une manœuvre extrêmement satisfaisante.

On ponctionne l'intestin et on en pratique une véritable « traite » au moyen de l'aspirateur de Villard. On peut ainsi parfois soustraire par une manœuvre simple des quantités relativement considérables de liquide intestinal. Sans les inconvénients d'une fistulisation, on peut ainsi diminuer la résorption post-opératoire des produits toxiques et en même temps le calibre des anses permettant ainsi une réintégration plus facile et supprimant, de ce chef, le shock inévitable qui résulte des manœuvres souvent pénibles de fermeture. Malheureusement, cette traite de l'intestin n'est pas toujours pratiquement efficace. Souvent la muqueuse vient coller à la lumière de l'aspirateur, empêchant ainsi toute soustraction de liquide.

2. *L'iléostomie*. — M. Delore, MM. Cotte et Wertheimer en ont recommandé la pratique systématique. La fistulisation en amont est en effet une manœuvre simple et qui donne dans tous les cas vus un peu tardivement une sécurité beaucoup plus grande. Elle présente deux avantages ; comme la ponction de l'intestin, elle soustrait des liquides toxiques, mais de plus elle met les sutures au repos. C'est surtout dans les résections que sa pratique peut être le plus recommandée. Cette iléostomie sera le plus souvent une simple fistule en amont ou bien dans les cas où on sera obligé de terminer rapidement l'abouchement à la peau des deux bouts de l'anse réséquée.

La simple fistulisation en amont présente fort peu d'in-

convénients ; parfois la fermeture de la bouche se fait spontanément, les matières et les gaz reprenant leur cours normal. Parfois, on est obligé de recourir à une nouvelle intervention, mais celle-ci se présente le plus souvent dans des conditions fort simples.

Dans certains cas de résection, pour des lésions avancées, on pourra discuter la possibilité d'un drainage sus-pubien en raison de l'infection de l'épanchement séro-hémorragique.

Les suites opératoires sont celles de toutes les occlusions du grêle. On devra mettre le malade en instillation rectale et pratiquer toutes les trois heures des injections intra-veineuses de sérum hypertonique suivant l'excellente méthode de Gosset.

II. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Il est évident que la détorsion est le procédé de choix. La résection, le procédé de nécessité.

L'anesthésie sera indifféremment la rachianesthésie ou l'anesthésie générale. L'anesthésie locale devra être exceptionnellement employée car elle gêne beaucoup pour la réintégration des anses.

Si l'opération est faite précocement, la détorsion est une opération simple, de bon pronostic, on n'oubliera pas de rechercher systématiquement la bride si elle n'est pas repérée d'emblée. Nombre de résections auraient pu être évitées par cette recherche.

La résection devra dans tous les cas être réservée aux cas où la vitalité de l'anse semble particulièrement com-

promise. Les indications de la résection doivent être restreintes au maximum aux cas où l'anse est nettement gangrénée. On évitera de la pratiquer dans les cas où la détorsion paraît impossible. « C'est une façon de terminer l'opération, c'est rarement un moyen d'assurer la guérison de l'opéré » (Grégoire).

Dans les volvulus sub-totaux, même si l'intestin est douteux, on pratiquera la détorsion faute de pouvoir réséquer tout le volvulus.

III. — RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Il est difficile et illusoire d'établir des statistiques au point de vue du pronostic opératoire des volvulus du grêle. Les cas traités par la détorsion et ceux traités par la résection étant de gravité toute différente.

Les statistiques générales fournies autrefois donnent une mortalité oscillant entre 60 et 70 %. La statistique de Guibé, en 1907, donnait 54 % de mortalité, mais il s'agissait de cas disparates publiés par différents chirurgiens. Le même reproche peut s'adresser à la nôtre, où nous relevons, sur 22 observations, 16 guérisons et 6 morts, soit 35 % de mortalité. Il est évident que ce chiffre est assez loin de la réalité, car il est certain que les échecs ont été peu publiés.

Néanmoins, nous ne relevons aucun cas de décès dans nos observations lorsque la détorsion a pu être pratiquée. Au contraire, la résection est grevée d'une lourde mortalité. De Rouville, au Congrès de Chirurgie de 1924, publie 12 résections pour volvulus du grêle, avec

11 morts. Nous-même relevons seulement 2 guérisons sur 8 résections, et ce résultat sur un aussi petit nombre d'observations ne donne pas l'impression de la vérité. On peut admettre en principe que la résection en période d'occlusion donne une mortalité de 80 à 90 %, malgré la pratique systématique de l'iléostomie et les injections de sérum hypertonique dans les suites opératoires.

Enfin, un facteur important est à signaler dans l'appréciation du pronostic opératoire, c'est l'importance du volvulus. Le volvulus petit, limité à une anse, est beaucoup moins grave que le volvulus sub-total où l'imprégnation toxique est beaucoup plus grande et où les difficultés opératoires, surtout au moment de la réintégration du grêle, aggravent le shock dans des proportions considérables.

En somme, une fois de plus dans le pronostic des occlusions du grêle, on voit combien le diagnostic précoce et l'intervention d'urgence sont d'une nécessité absolue, puisqu'on peut dire en principe :

détorsion = guérison,

résection = mort.

OBSERVATIONS

I. — Volvulus partiel de l'intestin grêle secondaire à une bride. Section de la bride. Détorsion. Guérison

BONNECAZE. B.M.S.C.P. 1925, p. 646

Mme H...; 31 ans, Amiens.

14 janvier 1925, douleur abdominale d'abord diffuse et profonde se localisant, ensuite devenant franchement sous-ombilicale.

Le 15 janvier, vomissements qui deviennent de plus en plus fréquents, d'abord toutes les 12 heures, puis toutes les 3 heures. Odeur franchement fécaloïde.

16 janvier, ni selle, ni gaz. Ballonnement progressif du ventre.

Malade examinée le 17 dans le service du Dr Labey, à Lariboisière.

Occlusion complète, vomissements fréquents, coliques plus douloureuses et très fréquentes.

A l'examen, saillie surtout marquée dans la région médiane sous-ombilicale. Pas de péristaltisme.

Au palper, ventre non tendu, mais sensation de résistance des muscles droits; derrière ceux-ci, on sent une masse difficilement limitable du volume d'une tête fœtale presque médiane entre l'ombilic et le pubis.

Toucher rectal : néant.

Température : 37°5 ; pouls 85.

On porte le diagnostic d'occlusion sur la fin du grêle.

La malade présente 2 cicatrices de laparotomies médianes

sous-ombilicales. Elle raconte avoir été opérée le 23 août 1924 pour une rupture de grossesse extra-utérine et réopérée le 4 octobre 1924 pour occlusion intestinale par bride.

On pense donc qu'il s'agit d'une occlusion par bride ou par adhérence intéressant une des dernières anses retenues dans le petit bassin.

Intervention (Bonnecaze), 17 janvier 1925.

Rachianesthésie.

A l'ouverture du péritoine présence d'ascite sanglante abondante. Volvulus intéressant environ 2 mètres d'intestin grêle, se terminant à 40 centimètres de la valvule de Bauhin. Volvulus fixé à la partie inférieure par une bride très serrée étranglant l'intestin qui paraît dilaté et uniformément violet sans plaque de gangrène localisée.

Le volvulus est tordu de un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre.

La bride enserrant le pied du volvulus est sectionnée entre deux pinces, ce qui en permet la détorsion.

Mais les 30 centimètres faisant partie du volvulus et situés sur l'anse la plus haute sont tordus encore d'un demi-tour dans le sens des aiguilles d'une montre.

Au pied de cette nouvelle torsion est une adhérence de 2 anses intestinales, longue de 6 centimètres environ et très résistante.

En sectionnant cette adhérence on libère l'anse supérieure que l'on peut détordre, mais on arrache la séreuse sur 6 à 7 centimètres sans intéresser néanmoins la muqueuse.

Surjet séreux sur la région déperitonnisée.

Absence de toute lésion de méésentérite, d'adénopathie méésentérique.

Fermeture en un plan au bronze.

Suites opératoires. Malade peu shocké.

Emissions de gaz le 2^e jour, selles le 3^e.

22 janvier, congestion pulmonaire bilatérale.

6 février, la malade sort guérie.

II. — Volvulus partiel de la portion terminale du grêle

COUREAUD ET GOURIOU. B.M.S.C.P. 1925, p. 649

S..., 20 ans, tirailleur sénégalais.

Entre d'urgence à l'Hôpital Sainte-Anne, le 26 février 1925, à 21 heures, avec la mention : vomissements répétés et coliques abdominales violentes, surtout localisées dans la région ombilicale et la fosse iliaque droite. Défense musculaire à droite. Température : 37° ; pouls : 62.

Interrogatoire difficile. Les douleurs ont débuté à 17 heures, très violentes. Le soldat serait tombé aux environs de la caserne. Douleurs sous forme de coliques intermittentes, puis période d'acalmie suivie d'une nouvelle crise douloureuse. A 22 heures, modification du caractère des douleurs, plus de coliques, mais douleur déjà fixe siégeant dans la fosse iliaque droite avec irradiations dans la région ombilicale. Malade en position demi-assise. Facies anxieux, couvert de sueurs. Température : 36°6 ; pouls : 56.

Un vomissement verdâtre entre 21 et 22 heures.

A l'inspection : pas de ballonnement du ventre, pas d'ondes péristaltiques, pas de dilatation pré-ombilicale.

Point douloureux précis au point de Mac Burney.

Toucher rectal négatif.

Examen des régions vésiculaire, rénale, épigastrique, négatif.

Malgré l'absence de signes généraux on fait le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention, 26 février, 22 h. 30.

Rachianesthésie.

Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine, s'extériorise une anse grêle dilatée, en même temps que s'écoule une certaine quantité de liquide d'ascite. On pense immédiatement à une occlusion.

Agrandissement de l'incision. Dévidement du grêle dont la portion terminale est affaissée.

Siège de la lésion à 0 m. 50 de la région iléo-cæcale. La torsion constituée par un seul tour de spire n'intéresse qu'une anse du grêle. Anse tordue dans le sens inverse des aiguilles

d'une montre. Elle a une coloration rouge cerise avec ecchymoses intra-pariétales. Aucun aspect feuille morte, pas d'éraillures de la séreuse. Le mésentère est épaissi et présente un petit foyer d'infarctus. Les artères battent nettement. Pas de déchirure de celui-ci.

On effectue la détorsion et on arrose l'anse de sérum chaud, on assiste à la réapparition progressive des contractions. La coloration reprend peu à peu ses caractères normaux.

Assèchement de la cavité péritonéale.

On recherche la cause de ce volvulus : impossibilité d'extérioriser le cæcum. En partant du cæcum on trouve, dans la portion toute terminale de l'iléon, l'existence d'une bride fibreuse de 3 à 4 centimètres qui relie l'intestin et son mésentère à la pointe de l'appendice.

Section de cette adhérence et libération progressive de la plus grande partie de l'appendice dont la base reste inaccessible. Appendicectomie. Impossibilité d'enfouissement.

Pas de drainage.

Suites opératoires excellentes, quelques heures après l'opération, émission abondante de gaz, cicatrisation perpriman.

Au 14^e jour, le malade n'a pas présenté de modifications de la température et du pouls.

Santy. — Volvulus partiel de l'intestin grêle

LYON-CHIRURGICAL 1925, p. 580

Malade de 47 ans. Opéré en 1920 d'abcès appendiculaire avec appendicectomie quelques semaines plus tard.

Ce malade qui n'avait conservé aucun symptôme abdominal est pris le 25 octobre 1924, en sortant de table, d'une colique très intense, sans vomissements, avec arrêt complet des matières et des gaz. Le malade est vu 24 heures après le début des accidents. Abdomen contracturé. Tuméfaction sus-ombilicale médiane du volume d'une tête d'enfant, dure, multilobée, très douloureuse au toucher.

La laparotomie montre qu'il s'agit d'un volvulus des 2 anses terminales de l'iléon au ras du cæcum. La torsion

s'est faite autour d'une grosse bride péritonéale partant de la face interne du cæcum pour aboutir au mésentère, au ras de l'insertion intestinale.

On est obligé de sectionner pour pouvoir détordre le volvulus. Anse tordue entièrement noire, friable. Résection. Iléostomie. On constate que la résection a porté au ras du cæcum, on rétablit la continuité par implantation iléo-cæcale au bouton.

Suites opératoires simples. Fermeture spontanée de l'iléostomie vers le 25^e jour.

DEUX CAS DE VOLVULUS POST-OPÉRATOIRE TARDIF DE L'INTESTIN GRÊLE
TRAITÉS PAR RÉSECTION AVEC FISTULISATION DU GRÊLE

COTTE ET WERTHEIMER. LYON-CHIRURGICAL 1926, p. 623

I

Femme de 52 ans, a été opérée à l'Hôpital de la Croix-Rousse, le 30 juin, pour un kyste de l'ovaire tordu. A plusieurs reprises cette malade avait déjà souffert de son ventre. A l'examen, existence de 2 tumeurs ovariennes. Les phénomènes de torsion dataient de 10 jours. L'intervention faite montre l'existence de 2 kystes dermoïdes : à droite, l'ovaire est complètement transformé en une poche kystique du volume d'une orange ; à gauche, il n'intéresse que les deux tiers de l'ovaire.

Les suites opératoires sont marquées par une légère réaction péritonéale avec formation, même au bout de 6 semaines, d'un abcès iliaque gauche qui fut incisé. La malade guérit ensuite sans complications et reprend son travail, lorsque le 30 décembre elle est prise d'une violente crise douloureuse abdominale avec vomissements.

La malade revient à l'hôpital le 30 décembre, le diagnostic n'est pas douteux, il s'agit d'une occlusion du grêle. Intervention immédiate sous rachianesthésie.

Laparotomie médiane sous-ombilicale dans le pelvis, il y a des brides de péritonite avec de nombreuses adhérences du grêle. Au niveau de l'ombilic, existence d'une anse volu-

mineuse noirâtre. Bientôt on reconnaît qu'il s'agit là d'un volvulus qu'on arrive assez facilement à détordre. L'anse étant infarctée, on fait une résection de 60 centimètres suivie d'anastomose termino-terminale au bouton.

Fistulisation sous l'anse sus-jacente, de façon à évacuer le contenu de l'intestin et à faciliter le rétablissement de la circulation des matières.

Les jours suivants, on institue le traitement habituel. Le bouton est éliminé au 14^e jour, la fistule se ferme spontanément au 40^e jour. Guérison.

II

Femme de 42 ans, opérée en 1919 pour une grossesse extra-utérine gauche. En 1922, une infection puerpérale post-abortum oblige à une hystérectomie sub-totale, intervention assez difficile en raison des lésions de pelvi-péritonite diffuse rencontrées, un Mickulicz a été laissé en place. Après une fistule stercoralé, la malade finit par guérir et ne souffrit plus jamais de son ventre.

Brusquement, en pleine santé, elle est prise, le 8 janvier, d'une crise douloureuse abdominale avec vomissements. Le lendemain matin elle est amenée à l'Hôpital de la Croix-Rousse. Les douleurs sont calmées, le ventre est peu tendu, les vomissements sont arrêtés. On laisse la malade au repos avec de la glace sur l'abdomen. Mais cette accalmie est passagère. Le lendemain matin la malade présentant des signes nets d'occlusion du grêle est envoyée à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, abdomen distendu de façon uniforme. Pas de péristaltisme, pas de météorisme localisé. Vomissements bilieux.

Intervention immédiate (Dr Wertheimer). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Elle donne issue à une grande quantité de liquide hémorragique à odeur intestinale. Les anses grêles sont rouges avec exsudats fibrino-purulents. Une de ces anses est tordue une fois sur elle-même, par-dessus une bride épiploïque fixée à la paroi abdominale. Au sommet de l'ansé volvulée, il existe une large perforation incomplète.

tement obturée par de l'épiploon. Après protection de la cavité abdominale, l'anse volvulée est détordue, puis réséquée. Anastomose termino-terminale au bouton de Villard. Iléostomie en amont de l'anastomose.

Suites immédiates très simples.

L'iléostomie n'ayant aucune tendance à l'oblitération spontanée, réintervention deux mois après, les dimensions de l'orifice obligent à une résection.

Suites simples.

DEUX CAS DE VOLVULUS POST-OPÉRATOIRE DU GRÊLE, L'UN PRÉCOCE,
L'AUTRE TARDIF. — GUÉRISONS

Y. DELAGENIERE. B.M.S.C.P. 1121, 1927

I. — Volvulus post-opératoire précoce

Malade de 34 ans, entre le 2 avril 1927 à la maternité de Lariboisière pour être opérée d'une rétroversion utérine.

Règles irrégulières et douloureuses. 3 fausses couches. Un accouchement prématuré de 7 mois et demi avec mort de l'enfant. Wassermann négatif.

Intervention le 5 avril 1927 (Devraigné).

Ligamentopexie par le procédé de Doleris, à signaler : anesthésie imparfaite, à plusieurs reprises les anses grêles sont venues encombrer le champ opératoire et n'ont été que difficilement refoulées.

Suites opératoires : le soir, température $37^{\circ}1$, pouls 94. La malade a vomi dans la journée ; elle dort peu malgré une piqûre de morphine.

Le 6 avril, au matin, température : 38° ; pouls à 120. Quelques vomissements, mais l'état général est assez bon. Glace sur le ventre. Sérum glucosé intra-rectal. L'après-midi, température : $38^{\circ}2$, pouls à 112. Pas de gaz. Dans la soirée, l'état s'aggrave, le pouls monte à 124 ; les vomissements continuent. L'abdomen est météorisé avec disparition de la matité hépatique.

Cet état ne fait que s'accroître et le 7 au matin on se trouve en présence d'un tableau d'occlusion intestinale des plus nets. L'intervention d'urgence s'impose.

Deuxième intervention (Y. Delagenière).

Rachianesthésie. Elle provoque l'issue de quelques gaz et de quelques matières.

Pas de liquide dans le péritoine. Malade en position déclive. Les anses intestinales très distendues sont difficilement maintenues. Le petit bassin est entièrement libre. Rien dans le Douglas.

La malade est remise en position horizontale. On laisse revenir les anses dans la partie inférieure de l'abdomen. Dans la fosse iliaque gauche, on trouve une grande longueur de grêle pelotonnée et réduite au calibre du petit doigt. Les anses grêles distendues sont peu nombreuses. L'obstacle doit siéger assez haut.

Dans le haut de la fosse iliaque gauche, apparaît une anse très distendue de coloration violet sombre, elle mesure 60 centimètres de long. Aux deux extrémités on trouve un sillon nettement marqué qui a un peu plus d'un travers de doigt de largeur. A ce moment, on voit la teinte de l'anse s'éclaircir en même temps qu'une partie du grêle, pelotonné et aplati, se remplit rapidement sur quelques centimètres.

On ne trouve aucun agent d'étranglement, il n'existe pas de bride. Mais l'anse apparaît tordue de 180° sur son mésentère dans le sens des aiguilles d'une montre. On peut pratiquer la détorsion.

Fermeture en 3 plans. Un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : le soir, température 39° ; pouls à 130. Sérum glucosé intra-rectal. Tonicardiaques.

Le 2^e jour, température 38°, pouls 126, mais la malade rend quelques gaz.

Le 3^e jour, température 37°2, pouls 126. La malade a une selle semi-liquide.

Le 4^e jour, après purgation, l'intestin reprend ses fonctions et les suites opératoires se déroulent alors normalement.

II. — Volvulus post-opératoire tardif

G. A..., 44 ans, opéré le 2 décembre 1926, pour ulcère de la petite courbure. Laparotomie médiane. Pas d'adhérences. Résection de l'ulcère. Gastro-entérostomie au point déclive. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires d'abord tout à fait normales.

Au 8^e jour, le malade se sent incommodé, il a le soir un vomissement abondant et noir.

Le 11 décembre, épigastre très gonflé et douloureux, pouls rapide. Pas de gaz par l'anus. On croit à une dilatation post-opératoire. On continue les tubages. L'état général continuant à s'aggraver il s'agit certainement d'une occlusion du grêle.

Deuxième intervention sous anesthésie locale dans l'étage sus-ombilical. On vérifie qu'il ne s'agit pas d'un étranglement dans l'orifice de gastro-entérostomie.

Près de l'anse jéjunale on sent une corde résistante. Il s'agit d'un volvulus haut situé occupant une portion étendue du grêle. Détorsion.

Suites opératoires simples.

OBSERVATIONS GUIBAL B.M.S.C.P. 1929, p. 1417

I

M. S..., 50 ans. Pas d'antécédents. Est pris, le 2 septembre 1926, subitement, à 7 heures du matin, de douleurs abdominales violentes, vomissements bilieux, pas de gaz. Le 3 septembre, légère amélioration, les coliques se calment par moments, mais reparaissent par crises, s'accompagnant toujours de vomissements bilieux abondants. Le 4 septembre, état stationnaire. Aggravation le 5. Les douleurs sont intolérables, elles arrachent des cris au patient qui a l'impression d'une déchirure profonde, d'une torsion de toutes ses entrailles.

Le malade entre à l'hôpital le 5 septembre à 20 heures.

pour occlusion intestinale. Facies terreux, nez pincé, respiration courte, température : 37°1 ; pouls : 120. Ni gaz, ni selles. Abdomen météorisé, on observe une voussure considérable dans la région péri et sus-ombilicale. Tympanisme marqué de cette zone centrale. Matité dans les flancs, toucher rectal négatif.

Intervention le 5 septembre à 21 h. 30 (Guibal).

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Sérosité abondante, hémorragique dès l'ouverture du ventre. Les anses grêles distendues et violacées sortent par la brèche opératoire, le mésentère est rouge foncé, épaissi, infiltré de sang. On agrandit l'incision, on voit alors nettement la racine du mésentère qui forme un cône dont la base repose sur la paroi abdominale postérieure et dont le sommet se continue hors du ventre par l'éventail mésentérique des anses grêles.

On procède à la détorsion du paquet intestinal, détorsion de 360° dans le sens des aiguilles d'une montre. On perçoit aussitôt un gargouillement caractéristique, les anses s'affaissent.

Suites opératoires normales.

Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

II

M. X..., 29 ans, a eu une excellente santé jusqu'en 1920. A ce moment, dysenterie avec selles sanglantes et forte température. Le malade est traité, durant 2 mois, dans un hôpital du Maroc.

Le 15 janvier 1927, après le repas de midi, vomissement alimentaire, état de malaise avec douleur dans la fosse iliaque droite, durant 3 jours pas de fièvre. Tout rentre dans l'ordre, le malade reprend ses occupations.

Le 21 janvier, nouvelle crise douloureuse, vomissements alimentaires, puis bilieux. Persistance des accidents le 22 et le 23. Pas de selles, pas de gaz. Douleurs de plus en plus intenses. Pas de fièvre, pouls à 120.

Le malade est dirigé d'urgence le 23 sur l'hôpital pour occlusion intestinale.

A l'examen, on note un faciès très altéré; l'abdomen très météorisé se laisse cependant déprimer, sauf dans la fosse iliaque droite où il existe un foyer de matité très net. Malgré l'absence de fièvre et en raison de la douleur dans la fosse iliaque droite on pense à des accidents d'origine appendiculaire.

Intervention le 23 à 19 heures. Incision de Jalaguier.

Dès l'ouverture du ventre, écoulement d'ascite hémorragique, des anses grêles distendues et congestionnées, apparaissent. Cæcum aplati. On pense à un volvulus, on ferme l'incision et on pratique une laparotomie sus et sous-ombilicale. L'intestin violacé et distendu fait issue hors du ventre, le mésentère est rouge et épaissi. On voit une bride épiploïque, formant une véritable corde étendue depuis le cordon transverse jusqu'à une anse grêle où elle semble se fixer. Section de cette corde entre deux ligatures. Le mésentère reste toujours tordu. Détorsion en sens inverse des aiguilles d'une montre de 360° environ. Le cæcum reste toujours aplati, le grêle distendu jusqu'à quelques centimètres de la valvule iléo-cæcale qui ne semble pas perméable.

On fistulise le grêle à 20 centimètres de la valvule, des matières liquides et des gaz s'échappent en abondance, suture de la paroi en un plan et fixation de l'anse à la peau.

Suites opératoires très simples. Au bout du troisième jour le cours des matières et des gaz se rétablit par l'anus.

Un mois après l'opération, fermeture extra-péritonéale de la fistule.

En 1929, le malade est revu en parfait état. Il persiste simplement un petit pertuis au niveau de la fistule qui donne, par 24 heures, une tache de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Le malade refuse toute intervention complémentaire.

III.

M. I., 47 ans, commence à souffrir après la guerre de violentes douleurs abdominales avec vomissements. En 1923, est opéré d'appendicite, après crises assez sérieuses. Accalmie de quelques mois, puis les douleurs reprennent (gastralgies avec vomissements, coliques intestinales avec alternatives de diarrhée et de constipation).

En avril 1926, les douleurs gastriques deviennent plus fortes et les vomissements plus fréquents.

En mai, il est hospitalisé pour sténose pylorique confirmée radiologiquement, on lui propose une intervention qui est refusée.

Le 16 juin, à 1 heure du matin, il est pris de douleurs abdominales intolérables avec vomissements verdâtres, arrêt des gaz et ballonnement rapide du ventre. Il est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de perforation gastrique.

Examen : Mauvais état général. Pouls à 90. Douleurs abdominales violentes. Agitation. Vomissements bilieux. Météorisme considérable.

Palpation du creux épigastrique douloureuse. Mais pas de défense nette à ce niveau. Légère matité dans les flancs.

On pense non à une perforation gastrique, mais à une occlusion, en raison du ballonnement du creux épigastrique, des vomissements abondants, des douleurs diffusés.

Intervention le 17 à 9 heures, Boutonnière sus-ombilicale, pas de gaz à l'ouverture du péritoine. Ce n'est donc pas une perforation d'estomac. Longue laparotomie sus et sous-ombilicale. Estomac très dilaté. Sur le pylore, noyau calleux de la taille de 2 noix. Anses grêles rouges et très distendues baignant dans une sérosité hémorragique très abondante. Dans la fosse iliaque droite, au niveau de la cicatrice pariétale appendiculaire, existe une bride dont l'extrémité profonde adhère au gros intestin. Section de cette bride. Il existe un volvulus du grêle dont on pratique la détorsion.

Ponction de l'estomac au trocart.

Suture en un plan sans drainage.

Suites opératoires simples : gaz le 2^e jour, poussée de parotidite gauche le 4^e jour qui cède le 7^e.

IV

M. X., 22 ans, jeune homme robuste, souffrant depuis longtemps du ventre, développement musculaire très réduit; depuis 1920, crises douloureuses localisées surtout dans la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite chronique.

Première intervention en mai 1925 (Guibal). Incision de Jalaguier, appendicectomie. L'appendice à l'examen macroscopique paraît peu lésé. Le cæcum présente quelques brides péri-cæcales qui sont sectionnées au niveau du pli pariéto-colique. Rien de particulier sur la dernière anse iléale.

Le malade est amélioré pendant un an, puis de nouvelles crises reparaissent.

Le 11 février 1929, le malade a une crise abdominale extrêmement douloureuse avec hoquets et vomissements, au bout de 48 heures, l'état s'aggrave considérablement, les vomissements deviennent porracés. Les douleurs augmentent, le pouls s'accélère. Le malade est envoyé à l'hôpital de Nancy, le 14 février 1929.

A l'entrée, depuis 48 heures, le malade n'a eu ni selle, ni gaz. Vomissements porracés, facies émacié, terreux. Pouls à 150, presque imperceptible, pas de fièvre.

A l'examen du ventre, forte distension sous-ombilicale avec sub-matité dans les flancs. Le toucher rectal montre un Douglas tendu. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale par bride appendiculaire. On décide d'intervenir, malgré la gravité de l'état général.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre, il s'écoule un flot de liquide noirâtre, horriblement fétide, des anses grêles donnant l'impression de boudin cuit font issue hors du ventre. Le cæcum est aplati, libre d'adhérences. La dernière anse grêle est de coloration normale, mais aplatie par la bride mésentérique des anses grêles sus-jacentes sphacélées. L'exploration des premières anses jéjunales révèle un intestin normal. Il s'agit nettement d'un volvulus du grêle. On s'aperçoit que le mésentère est littéralement étranglé par torsion sur une bride fibreuse. Celle-ci est sectionnée sans qu'on puisse se rendre compte de ses insertions.

Toute tentative de détorsion apparaît illusoire, on se décide à réséquer le paquet des anses intestinales. Abouchement assuré par une anastomose termino-terminale au bouton. Drainage sus-pubien.

La résection intestinale a porté sur 2 mètres 50 d'intestin, à plusieurs endroits des éraillures laissent sourdre du liquide intestinal.

Injectons de sérum salé hypertonique suivant la technique de Gosset. Le malade ne souffre plus, mais le pouls reste presque incompressible.

La mort survient 76 heures après l'intervention.

B.M.S.C. 1932, p. 881, Y. BOURDE, rapporté par GRÉGOIRE

I. — Volvulus sur bride. Résection

5 novembre 1927. Br... Catherine, 78 ans, 3 jours auparavant a ressenti, dans tout l'abdomen, une douleur très intense.

Cette douleur se calme au bout de quelques instants, mais prend ensuite le caractère de coliques survenant d'une façon très rapprochée pendant toute la journée.

Le lendemain, les douleurs rythmées sont un peu calmées. Mais tout l'abdomen reste endoloré et de la distension apparaît qui va en s'accroissant de plus en plus.

Enfin, pas de gaz depuis le début. Vomissements porracés fréquents.

Etat général très touché, langue rôtie, facies péritonéal, peau sèche, pouls mal frappé.

Ventre ballonné dans sa totalité, sans ondes péristaltiques.

Toucher vaginal et toucher rectal négatifs.

Seul diagnostic possible : occlusion intestinale, brusquerie du début qui fait penser à un volvulus.

Intervention immédiate. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture des anses grêles, violacées, noirâtres, jaillissent hors du ventre. Le mésentère est ramassé, tordu sur lui-même et la détorsion semble s'amorcer dans le sens inverse de celui des aiguilles d'une montre.

Malgré cela, on constate que le mésentère se détord mal. On constate que quelque chose s'est enroulée autour du pédicule de la masse tordue, c'est une bride partie de la paroi postérieure qui serre le méso à le couper, section de la bride, mais au cours des manœuvres, rupture d'une anse volvulée.

On se décide à réséquer d'un bloc tout le paquet tordu. L'état de la malade ne permet pas l'entérorraphie, un anus grêle reste la seule possibilité.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Malgré tous les moyens mis en œuvre, décès le surlendemain.

II. — Volvulus sur bride. Détorsion

Malade de 17 ans, accouchement 2 mois auparavant dans les suites de couches, température et douleurs abdominales pendant une quinzaine de jours.

Une constipation assez marquée a suivi.

Il y a 3 jours, cette jeune femme a été prise de coliques intenses et de vomissements bilieux. Depuis, aucun gaz, aucune selle.

Ventre modérément distendu, pointant vers la ligne médiane, douloureux partout au palper, mais sans zone particulièrement contracturée.

Toucher vaginal : utérus un peu gros, culs-de-sac libres mais sensibles.

Température : 37°8, pouls à 110. Etat général assez résistant.

Le diagnostic d'occlusion est certain.

Intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. Les lésions sont faciles à constater, une bride d'épiploon part du côlon transverse et vient enserrer une partie du mésentère qui est tordu sur lui-même et porte 3 grosses anses très congestionnées.

La section de cette bride près du transverse est faite d'emblée et la détorsion est aussitôt très facile.

Après détorsion, on se rend compte que l'extrémité de cette bride est insérée sur une zone dépolie de la surface mésentérique sur son côté droit.

Suites très simples au point de vue intestinal. Gaz le lendemain et selle au 2^e jour.

Petit point de congestion pulmonaire au 10^e jour, désunion partielle et apparition d'une anse dans la plaie. Suture en un plan aux fils de bronze.

Cicatrisation perprimam et guérison.

III. — Volvulus sur bride. Détorsion

18 juillet 1930, l'interne de garde de la Conception est appelé auprès d'un Arabe d'une trentaine d'années, entré salle Cauvin pour syndrome aigu d'occlusion intestinale.

Interrogatoire difficile, mais on apprend cependant qu'il y a 3 jours, à la suite d'une ingestion considérable de liquide, il a été pris de violentes coliques et de vomissements.

Dans ses antécédents, il a été opéré, il y a une dizaine d'années, d'appendicectomie, et, il y a 4 ans, il a subi une laparotomie exploratrice pour contusion abdominale.

Actuellement il paraît souffrir beaucoup, n'a eu ni selle, ni gaz depuis les premières coliques.

Ventre à peu près uniformément plat, mais sous la paroi on distingue très nettement quelques ondes péristaltiques qui viennent mourir dans la fosse iliaque droite.

On porte le diagnostic d'occlusion par bride.

Intervention :

Rachianesthésie.

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. Dès l'ouverture, un paquet d'anses peu dilatées, de la dimension des deux poings, siégeant tout près de la terminaison du grêle, est tordu sur son mésentère dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Une bride d'aspect fibreux, très dure, part du flanc interne du cœco-ascendant et vient cravater ce mésentère tordu. Pour bien l'apercevoir, il faut soulever en haut le paquet d'anses volvulées. Il suffit de sectionner cette bride pour voir le mésentère se détordre spontanément. Sous le sérum chaud, les anses reprennent vite une bonne coloration.

Sérum hypertonique intra-veineux.

Suites opératoires très simples.

OBSERVATIONS BERTRAND CLAVEL
LYON-CHIRURGICAL 1932, p. 621

I

Femme 46 ans, entre le 31 octobre 1926 Hôpital de la Croix-Rousse, dans le service du Dr Cotte. Opérée le 6 novembre. Hystérectomie abdominale totale pour tumeur bilatérale des ovaires. Suites opératoires simples.

La malade rentre chez elle et se remet peu à peu.

Le 3 avril 1927, elle est réveillée à 3 heures du matin par une douleur en coup de poignard dans la région épigastrique, avec vomissements et arrêt absolu des matières et des gaz.

Le lendemain, les vomissements n'ont pas cessé, un médecin est appelé, qui se borne à faire administrer deux lavements.

Ce n'est que le 5 avril, devant le météorisme progressif de l'abdomen et les vomissements qui sont devenus franchement fécaloïdes, qu'on fait entrer la malade à l'hôpital.

A l'examen, ventre moyennement météorisé, pas d'ondes péristaltiques, fosse iliaque droite libre, mais, à gauche, on sent une masse pâteuse assez douloureuse.

Température : 38°1, pouls à 100.

On se décide à intervenir avec le diagnostic d'occlusion du grêle.

Intervention le 5 avril (Dr Bertrand). Rachianesthésie. Laparotomie sur l'ancienne cicatrice. On tombe immédiatement sur un magma d'anses agglomérées. Odeur infecte. On aperçoit une anse grêle vert pâle avec plaques plus foncées par endroits. On ne trouve aucune bride pour expliquer cette occlusion. Il s'agit d'un volvulus sans causes anatomiques. Détorsion difficile. Il est impossible, en raison des lésions du mésentère rétréci et, infarcté, d'extérioriser cette anse pour la réséquer. On pratique donc en plein ventre une résection sur 50 centimètres de grêle.

Entérostomie sur l'anse afférente. Mise en place d'un Mikulicz en raison de l'infection non douteuse et des difficultés opératoires.

Malgré toutes ces thérapeutiques mises en œuvre, la malade ne peut être réchauffée et meurt dans la nuit du 5 au 6 avril.

II

Femme de 56 ans, opérée il y a 10 ans à la Croix-Rousse par le Professeur Fattel et amenée à l'Infirmierie de Poite de l'Hôtel-Dieu le 12 août 1930 pour une occlusion intestinale.

Malade dans un état lamentable, presque incapable de supporter un interrogatoire. On apprend cependant qu'elle a subi une hystérectomie il y a 10 ans, que l'affection actuelle a débuté il y a 3 jours par des douleurs abdominales atroces, qui se sont assez vite calmées et se sont accompagnées de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Douleurs, vomissements ont été presque incessants pendant 24 heures. Puis tout a semblé rentrer dans l'ordre, peut-être sous l'influence d'une injection de morphine. Le médecin appelé a encore gardé cette malade pendant 2 nouvelles journées parce qu'il n'y a pas eu de gaz et parce que le ventre a augmenté de volume.

On examine cette malade avec le diagnostic d'occlusion, malgré la cessation des vomissements et des douleurs.

Dans la région sous-ombilicale, présence d'une masse ressemblant à un paquet d'anses intestinales, peu douloureuse à la pression. Matité dans les flancs. Etat général précaire.

Température : 38°5, pouls 140.

On décide l'intervention immédiate malgré le peu d'espoir de sauver la malade.

Intervention le 12 août 1930 (Bertrand). Anesthésie locale. Liquide rouge et fétide dans le ventre. On tombe immédiatement sur un énorme paquet d'anses grêles serrées les unes contre les autres, verdâtres, d'odeur infecte. On les attire hors du ventre et on constate qu'il existe une bride qui, passant en écharpe au-dessus d'une anse iléale, a été l'origine d'un volvulus des anses sus-jacentes. Après section de la bride, on peut détordre tout le paquet intestinal.

Résection rapide et fixation des 2 bouts intestinaux à la paroi après avoir mis un bouton de Jaboulay entre les 2 anses. Mikulicz à la partie basse de l'incision.

Injectons répétées de sérum hypertonique. Mort 10 heures après l'opération.

III

Femme âgée de 60 ans, vue le 2 janvier 1930 à l'Infirmerie de Porte pour une occlusion du grêle datant de 48 heures.

Aucun antécédent pathologique à retenir, la malade n'a jamais été opérée. Mariée, elle a eu plusieurs enfants, suites de couches normales. Aurait eu simplement, il y a dizaine d'années, un épisode abdominal douloureux qui aurait été étiqueté salpingite par son médecin.

Le début des accidents actuels remonte à 2 jours : douleurs très vives sous-ombilicales, brutales, ayant persisté sous forme de coliques pendant près de 24 heures. Puis cessation de ces douleurs, augmentation de volume du ventre, un seul vomissement au début de la crise. Arrêt absolu des matières et des gaz.

A l'examen, ventre très dilaté dans sa partie basse sous-ombilicale. Pas d'ondes péristaltiques. Matité dans les flancs. Les 2 fosses iliaques, l'épigastre sont libres. Immédiatement au-dessous de l'ombilic, masse pâteuse douloureuse. Spontanément la malade ne souffre pas. Elle ne vomit pas.

Température : 38°. Pouls : 120.

Le diagnostic le plus probable est celui d'occlusion basse du grêle par bride, reliquat des phénomènes inflammatoires présentés par la malade il y a 10 ans.

Intervention le 3 janvier 1930 (Dr Bertrand. Anesthésie locale. Laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve un volvulus étendu du grêle sur une bride qui partant du grand épiploon est venue se fixer au mésentère d'une anse iléale près du cæcum. Grosse quantité de liquide rougeâtre dans le ventre. L'intestin est noir avec des plaques verdâtres, son bord circonférentiel est très tendu. Mésos infarci, truffé, cartonné, section de la bride. Détorsion du volvulus. Résection de 90 centimètres de grêle. Anastomose termino-terminale en 2 plans à la suture. Iléostomie de décharge sur l'anse afférente, un drain dans le Douglas. Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires simples. La malade eut des gaz spon-

tanément au 3^e jour, écoulement de liquide intestinal par la sonde d'iléostomie.

Mais au 5^e jour, ballonnement, développement progressif d'une péritonite d'abord imprécise. Décès au 8^e jour.

IV

Le 16 mai 1930, on amène à l'Infirmierie de Porte une femme de 50 ans, opérée il y a trois ans à Alger par le Pr. Costantini (hystérectomie sub-totale pour fibrome). Cette malade a été prise le 13 mai, dans le milieu de l'après-midi, d'une douleur abdominale atroce à siège sous-ombilical, avec sensation de tiraillements dans la région lombaire. Elle a vomi 2 fois coup sur coup, n'a pas pu aller à la selle, n'a eu aucune émission de gaz. Elle a cru à une simple indigestion, s'est purgée le lendemain, a vomi une partie du purgatif absorbé et s'est remise à souffrir.

Les douleurs ont alors été mises sur le compte de la purgation, et ce n'est que le 15 au soir que la malade n'en pouvant plus fit venir un médecin qui ne l'examina que le 16 au matin et l'envoya à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

A l'examen, état général précaire, température 38°5, pouls à 140. On est immédiatement frappé par la présence au niveau de la cicatrice de laparotomie sous-ombilicale d'une coloration rouge lie de vin. Abdomen très météorisé, contracturé dans toute la région sous-ombilicale. La palpation décèle dans la fosse iliaque gauche une masse pâteuse douloureuse. La malade n'avait pas eu de gaz depuis 3 jours.

On ne pouvait que confirmer le diagnostic d'iléus porté par le médecin, mais en raison des douleurs particulièrement atroces et de la coloration lie de vin de la cicatrice, on émet l'hypothèse d'un volvulus perforé.

Intervention le 16 mai 1930 (Bertrand). Laparotomie sur l'ancienne cicatrice. On tombe sur une anse grêle tordue deux fois sur l'axe mésentérique et présentant au niveau de sa convexité une perforation des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Liquide rouge noirâtre, fétide, en certaine quantité dans le péritoine. Anse volvulée verdâtre, méso infarci

est rouge sombre. Détorsion, résection. Anastomose termino-terminale à la suture en 2 plans. Iléostomie de décharge sur l'anse afférente, 2 mèches et 2 drains dans le Douglas. Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires immédiates bonnes, mais l'amélioration n'est que temporaire, et la malade meurt le 18 mai, 2 jours après l'intervention.

V

Jeune homme de 18 ans, on intervient la première fois (Dr Bertrand) pour une contusion de l'abdomen. La laparotomie ne permet de découvrir qu'une blessure des vaisseaux gastro-épiploïques, qui sont liés au ras de la grande courbure.

Ce malade est opéré une seconde fois, le 4 août 1929, par le Dr Wertheimer ; depuis la veille au soir, douleurs abdominales atroces. Vomissements bilieux incessants, abdomen ballonné sans péristaltisme. Pouls rapide. Etat général alarmant. Intervention le 4 août. Laparotomie médiane. Distension du grêle. Il s'agit d'une occlusion par bride. Libération de la bride. Anastomose au bouton entre le segment distendu et le segment aplati. Suites simples. Le malade revu le 25 octobre 1929 va très bien. Abdomen souple. Il va régulièrement à la selle. Cicatrice solide.

Dans la nuit du 28 au 29 décembre 1930, treize mois après la première intervention, ce jeune homme est réveillé par une douleur sous-ombilicale atroce accompagnée de vomissements bilieux. Le malade est vu le 29 décembre au matin (Dr Bertrand), il est calme et dort, il ne souffre plus, il a l'impression que son intestin s'est tordu, puis subitement détordu. Le ventre était très souple, non douloureux. Température à 37°. Pouls à 80. Devant cette accalmie on n'intervient pas. Mais le malade est hospitalisé dans le cas d'un accident nouveau.

Le soir, à 5 heures, les mêmes accidents se reproduisent avec encore plus d'intensité. Douleur atroce dans la région ombilicale, un vomissement, pas de température, pouls à 130.

En découvrant le malade, une anse intestinale se dessine

sous le muscle grand droit du côté droit, réalisant ainsi le signe de Von Wahl.

On fait le diagnostic du volvulus du grêle et on intervient immédiatement.

Intervention le 29 décembre 1930 à 18 heures (Bertrand).

Laparotomie sus et sous-ombilicale sur l'ancienne cicatrice, on tombe immédiatement sur une adhérence d'une anse grêle à la paroi abdominale antérieure. Cette adhérence est libérée. Au-dessous de cette adhérence, l'intestin est aplati et, en amont, il est dilaté, rouge, vineux, il semblerait que l'on pût se contenter de cela. Heureusement, en vérifiant l'état du grêle en dessus de ce qui paraît être l'unique agent d'étranglement on trouve qu'à la faveur d'une bride partie du bord convexe d'une anse iléale et se fixant très loin en arrière, près de la racine du mésentère, il s'est produit un volvulus très net qu'on ne peut pas détordre avant d'avoir sectionné cette bride.

La détorsion pratiquée, on se rend compte que la bride partait du point où avait porté l'intervention précédente, car on retrouve là l'anastomose latéro-latérale entre les 2 pieds d'une anse grêle.

Cette anastomose est supprimée par section et enfouissement en 2 plans.

Fermeture en trois plans.

Injections intra-veineuses de sérum hypertonique toutes les 3 heures pendant 24 heures.

Suites opératoires excellentes.

Malade revu en juillet 1931 en parfait état de santé.

VI

Jeune garçon de 11 ans, opéré d'urgence le 27 octobre 1931 par le Dr Clavel, à l'Hôtel-Dieu, pour une appendicite aiguë vue à la 36^e heure. Appendice latéro-cæcal interne, avec pointe en voie de perforation bouchée par de l'épiploon. Appendicectomie avec enfouissement. Fermeture de la paroi. Peau ouverte. Suites simples.

Le 21 novembre, moins d'un mois après l'intervention, le

malade est de nouveau hospitalisé pour des accidents occlusifs. Début des accidents il y a 24 heures. Douleurs vives, vomissements répétés. Le malade a fait un gaz ce matin. Température à 37°7. Pouls à 120. Au toucher rectal, le Douglas est distendu. Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit le clapotage d'une anse grêle. Pas de péristaltisme. Il y a du liquide dans les flancs.

Intervention le 21 novembre 1931 (Clavel).

Laparotomie sous-ombilicale. Liquide citrin en abondance dans le péritoine. Tout le grêle est distendu. Le cæcum est plat.

L'occlusion siège sur la dernière anse iléale. Adhérence de cette anse au mésentère de l'anse voisin et volvulus en amont. Pas de lésions intestinales profondes.

L'anse volvulée est rouge avec des ganglions dans le méso. On réduit le vice de position. Ponction du grêle dilaté. Pas d'entérostomie. Un drain dans le Douglas. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires simples, sauf un incident au 13^e jour : un vomissement avec un peu de ballonnement, symptômes qui cèdent à la diète et à l'application de glace.

VII

Jeune homme de 15 ans, hospitalisé salle Saint-Philippe, opéré le 21 juillet 1931 par le professeur Tixier. Appendicite chronique. Incision de Mac Burney. Appendicectomie. Présence de ganglions dans le mésentère, suites opératoires simples les premiers jours.

Le 28 juillet, douleur vive dans la fosse iliaque droite, un seul vomissement alimentaire, mais pas de fièvre et ventre normal.

Le 30 juillet, le malade n'a pas eu de gaz depuis deux jours. Vomissements bilieux abondants. Ventre plat. On perçoit pourtant une ou deux ondes péristaltiques. Il existe du clapotage. Le toucher rectal montre une anse grêle distendue dans le Douglas. La température est à 37°9. Pouls à 80. On fait le diagnostic d'occlusion du grêle.

Intervention le 30 juillet (Ch. Clavel).

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Petite quantité de liquide séro-hémorragique dans le ventre. Cæcum plat. Le grêle est lui aussi aplati sur 70 centimètres environ. A ce niveau, on constate l'adhérence d'une anse grêle à la face inférieure du mésentène d'une anse voisine. Autour de ce point fixe, l'anse grêle sus-jacente s'est volvulée. Libération de l'adhérence. Détorsion. Enfouissement par des points séro-séreux de la surface cruentée due à la libération de l'adhérence. Vidange par ponction de l'intestin dilaté. La vitalité intestinale ne paraît pas compromise. Pas d'iléostomie.

Fermeture en 3 plans.

Suites normales. Gaz à la 36^e heure. Selle le 3^e jour.

Le malade quitte le service le 15 août.

Il est revu le 21 décembre 1931 en parfait état de santé.

CONCLUSIONS

I. — Le volvulus du grêle consiste en la torsion d'une ou plusieurs anses grêles. Il s'observe presque toujours dans les suites proches ou éloignées d'une intervention abdominale. Il est exceptionnel qu'il survienne spontanément sans intervention antérieure.

II. — L'apparition des volvulus post-opératoires s'observe depuis les suites immédiates jusqu'aux suites tardives (quinze à vingt ans).

III. — Dans les volvulus en apparence spontanés on retrouve toujours dans les antécédents une péritonite ancienne, gynécologique ou tuberculeuse.

IV. — Du point de vue anatomo-pathologique, trois points sont à mettre en valeur :

a) La fréquence très grande d'une bride qui siège au pied du volvulus et qui est aussi fréquente que les adhérences de la convexité de l'anse volvulée ;

b) L'évolution très rapide des lésions de l'anse et du méso vers la perforation et la gangrène ;

c) La constance de l'épanchement séro-hématique.

V. — Du point de vue clinique, il faut insister :

a) Sur l'évolution en deux temps des volvulus du grêle. Début banal de toute occlusion à grand fracas, puis amendement des symptômes fonctionnels dans le même temps que progressent les lésions anatomiques ;

b) Sur la rareté de la constatation du signe de Von Wahl, que l'on ne peut observer que dans les cas vus précocement.

VI. — Du point de vue thérapeutique, le volvulus est la plus grave des occlusions extrinsèques du grêle (lésions de l'anse plus lésions du méso).

L'opération doit être très précoce, ablation de la cause (brides, adhérences), détorsion.

Si l'opération est tardive, la vitalité compromise de l'anse oblige à la résection.

VII. — Les résultats ne peuvent être étudiés en bloc; ils dépendent de la précocité de l'opération :

a) Les volvulus opérés tôt par simple détorsion guérissent dans une assez forte proportion ;

b) Les volvulus opérés tardivement et où la résection a été indispensable sont grevés d'une mortalité considérable, 60 à 70 %. L'iléostomie en amont, en assurant la vidange de l'intestin et la mise au repos des sutures, peut améliorer le pronostic.

Vu : *Le Doyen,*

J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,

TIXIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 janvier 1933.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — Toute la bibliographie du volvulus du grêle avant 1924 se trouve au complet dans la thèse de Bonnecaze. Nous y avons eu souvent recours, mais nous avons jugé superflu de la reproduire ici. On trouvera ici seulement des indications bibliographiques parues depuis 1924 et auxquelles nous avons eu recours.

BERTRAND et CLAVEL. — A propos de 7 observations du volvulus du grêle. *Lyon chirurgical*, septembre-octobre 1932, page 621.

BERTRAND et CLAVEL. — A propos d'un cas de volvulus total du grêle. Rapports avec les hernies, *Lyon chirurgical*, 1929.

BONNECAZE. — *Th. Paris*, 1924.

BONNECAZE. — 1 cas de volvulus du grêle sur bride. Détorsion. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1925, page 646.

BOURDE. — 3 cas de volvulus du grêle. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1932, page 831.

COTTE et WERTHEIMER. — 2 cas de volvulus post-opératoire tardif de l'intestin grêle, traités par résection avec fistulisation du grêle, *Lyon chirurgical*, 1923, page 623.

COUREAUD et COURIOU. — Volvulus partiel de la terminaison du grêle. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1925, page 649.

- Y. DELAGENIÈRE. — Deux cas de volvulus post-opératoire du grêle, l'un précoce, l'autre tardif. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1927, page 1121.
- GUIBAL. — 4 cas de volvulus du grêle. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1929, page 1417.
- HARTGLASS. — 1 cas de volvulus du grêle sur 1 peloton géant d'ascaris. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1929, page 613.
- SANTY. — Volvulus partiel du grêle. *Lyon chirurgical*, page 589.
- DE ROUVILLE. — A propos des volvulus post-opératoires précoces. *Communication au Congrès de chirurgie*, 1924.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	9
ETIOLOGIE	11
ESSAI DE PATHOLOGIE.....	17
I. — Volvulus par fixation d'une anse intestinale	18
II. — Volvulus par obstruction de la lumière intestinale	21
ETUDE CLINIQUE	23
I. — Le volvulus dans les suites opératoires.....	23
II. — Les volvulus tardifs.....	25
III. — Valeur des symptômes.....	26
Diagnostic	33
ETUDE THÉRAPEUTIQUE	35
I. — Les méthodes opératoires.....	35
II. — Indications thérapeutiques	39
III. — Résultats opératoires	40
OBSERVATIONS	43
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69
